

Міністерство охорони здоров'я України

Назва закладу

КМК ЛШМД

Код форми за ЗКДУ  
Код закладу за ЗКПО

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  
ФОРМА №  
Затверджена наказом МОЗ України

МЕДИЧНА КАРТА №  
СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО р.

Госпіталізація									Відділення	палата №	
дата	(число, місяць, рік)						(годин, хвилин)				
Виписка (смерть)										в поточному році з приводу даної хвороби госпіталізований	
										<input type="checkbox"/> вперше <input type="checkbox"/> повторно всього раз	

Проведено ліжко-днів Переведений(а) у відділення

Група крові

Резус приналежність

RW (число, місяць, рік)

Підвищена чутливість або непереносимість препарату  
(найменування препарату, характер побічної дії)

1. Прізвище, ім'я, по батькові

2. Стать: ч-1, ж-2

3. Вік.

(число, місяць, рік)

(повних років, для дітей: до 1-го року – місяців: до 1-го місяця-днів)

4. Постійне місце проживання: місто -1, село - 2

№ телефону; ім'я приїжджих адресу родичів

5. Місце роботи, спеціальність або посада

(для учнів, студентів – місце навчання; для дітей – назву навчального закладу, школи; для інвалідів – вид і група інвалідності, ІВВ - так, ні (підкреслити))

6. Ким направлений хворий

(найменування лікувального закладу)

7. Госпіталізований(а) в стаціонар: за терміновими показаннями – 1, через годин після початку  
захворювання, одержання травми; в плановому порядку – 2

8. Діагноз лікувального закладу, який направив хворого:

9. Діагноз при госпіталізації:

10. Діагноз заключний клінічний:

Дата встановлення: Лікар:

(прізвище, підпис)

а) основний

Код за МКХ-X  
(число, місяць, рік)

б) ускладнення основного

в) супутній

